هسته بازیابی.

پروتکل توقف مصرف: میتدرون

با تمرکز ویژه بر ترکیب داروها – متیوکسیمتکاتینون-۴ (bk-PMMA).

این راهنما به این دلیل وجود دارد که توقف ایمن، به همه چیز دیگری که مصرف می‌کنید بستگی دارد، نه فقط "خود ماده "مِتِدِرون.

⚠ منبع کاهش آسیب— این یک مشورهٔ طبی نیست | بحران: با ۹۱۱ تماس بگیرید یا به ۹۸۸ پیامک ارسال کنید.

بیشتر این مجموعه به یک ماده در هر بار پرداخته است، زیرا خطر ترک بیشتر مربوط به یک ماده خاص است. آن به این معنی است MAO متهدِرون در یک جنبه خاص متفاوت است: مکانیسم سروتونرژیک و مهارکننده ملایم که خطرناک‌ترین لحظه در قطع مصرف متهدِرون اغلب خود ترک نیست، بلکه یک واکنش نامنظم با چیزی دیگری است که از قبل در بدن فرد وجود دارد، چه دارو باشد و چه چیز دیگر. این راهنما این موضوع را به عنوان یک اصل اساسی در نظر می‌گیرد، نه یک نکته فرعی.

بخش ۰ — ایمنی فوری: این را ابتدا بخوانید.

وضعیت اضطراری طبی

اگر شما متهدِرون مصرف کرده‌اید و همزمان از داروهای SSRI، SNRI، MAOI، ترامادول، دکسترومیتورفان، یا هر نوع داروی یا مکمل دیگری که اثرات سروتونرژیک دارد Hypericum (St. John's Wort) تریپتان‌ها، گیاه استفاده می‌کنید – یا اخیراً مصرف یکی از این داروها را قطع کرده‌اید – به دقت مراقب علائم سندرم سروتونین باشید. این وضعیت می‌تواند در عرض چند ساعت ایجاد شود و به سرعت پیشرفت کند. در صورت مشاهده موارد زیر، فوراً با خدمات اضطراری محلی تماس بگیرید یا به بخش اورژانس مراجعه کنید: تحریک‌پذیری یا گیجی، ضربان قلب سریع، فشار خون بالا، اتساع مردمک چشم، تعریق شدید، لرزش عضلات یا سفتی، اسهال و تب – به‌ویژه در ترکیب با یکدیگر.

سندرم سروتونین، به زبان ساده:

- تغییرات در وضعیت ذهنی — تحریک، گیجی، بی‌قراری.
- ناپایداری سیستم عصبی خودکار — تب، تپش قلب سریع، فشار خون بالا، تعریق، اسهال.
- اختلالات عصبی-عضلانی: لرزش، سفتی عضلات، تشنج (میوکلونوس)، رفلکس های بیش از حد فعال، از دست دادن هماهنگی.

ترکیب هر یک از مواد زیر پس از استفاده از متهدِرون، به خصوص همراه با یک ماده سروتونرژیک دیگر، یک وضعیت اضطراری است. به نیروهای امدادی اطلاع دهید که دقیقاً کدام مواد و داروها درگیر بودند - این موضوع تأثیر قابل توجهی بر روند درمان دارد.

⚠ هشدار

این راهنما یک برنامه تدریجی کاهش مصرف، طرح کاهش دوز، یا دستورالعمل‌های تجویز برای متدرون ارائه نخواهد داد. هیچ پروتکل بالینی تثبیت‌شده‌ای برای این ترکیب وجود ندارد، و با توجه به خطرات تعاملاتی که در سراسر این راهنما پوشش داده شده است، تلاش برای یک برنامه کاهش خودسرانه بدون مداخله پزشکی واقعاً خطرناک‌تر است نسبت به بسیاری از مواد دیگر موجود در این مجموعه. آنچه این راهنما ارائه می‌دهد، چارچوبی برای دریافت حمایت پزشکی مناسب و درک آنچه بدن و مغز شما تجربه می‌کنند، است.

بخش ۱ — چرا چند دارویی بودن مسئله اصلی در اینجا است؟

دِ سنتوریون – مکانیزم که ترکیب‌ها را خطرناک می‌سازد.

مِتْهیدْرون یک مهارکننده و آزاد کننده قوی سروتونین و نوراپینفرین است، و فعالیت ضعیف و معکوس مهارکننده‌ی دارد. به تنهایی، این ویژگی‌ها بر اثرات ذهنی آن و الگوهای ترک آن تأثیر می‌گذارند. مونوآمین اکسیداز (MAOI) یا SSRI ترکیب آن با هر ماده دیگری که سطح سروتونرژیک را افزایش می‌دهد – مانند یک داروی ضد افسردگی ترامادول، دکسترومیتورفان، تریپتان‌ها، گیاه جان سنت جان، یا هر نوع ،(تجویز شده یا غیره) MAOI یک ،SNRI داروی سروتونرژیک دیگر – خطر نه تنها افزایشی است، بلکه هم‌افزایی دارد. این مکانیسم مشابه هشدارهای متهدااا و نیمه‌عمر حذف غیرمعمول آن MAOI است، که توسط فعالیت خفیف SSRI و MDMA مربوط به ترکیب تقویت می‌شود، که باعث می‌شود این فعالیت در بدن باقی بماند. این سیستم از اکثر مواد مشابه کاتینون طولانی‌تر است.

این دلیل است که چرا "چند دارویی" در این راهنما فقط به معنای چندین ماده تفریحی نیست، بلکه شامل داروهای ضد افسردگی تجویز شده، سایر داروهای تجویزی و مکمل ها نیز می شود. گفتگویی درباره ترک متادون که شامل بررسی کامل همه چیز دیگری که در بدن فرد وجود دارد، نباشد، یک گفتگو ناقص است، و با این ترکیب خاص، یک گفتگو ناقص خطرات واقعی را به همراه دارد.

بخش ۲ — جدول زمانی ترک مواد مخدر

دِ سنتوریون - چرا این اثرات از یک دوره کوتاه "کراش" کاتینون طولانی‌تر است؟

نیمه عمر حذف متهدِرون (تخمین‌های فارماکولوژیکی آن را تقریباً یک روز کامل نشان می‌دهند) به طور قابل توجهی بیشتر از مِفدرون یا میتیلون است. این بدان معناست که هم اثرات جانبی حاد و هم دوره اولیه ترک معمولاً دیرتر ظاهر می‌شوند و دیرتر برطرف می‌شوند، در مقایسه با فروپاشی سریع و شدید مرتبط با کاتینون‌هایی که سریع‌تر از بدن دفع می‌شوند.

فاز	پنجره معمول	چه خبر؟
عوارض ناگهانی و شدید.	۱۲ تا ۴۸ ساعت پس از آخرین استعمال.	خستگی، حالت روحی پایین، تحریک‌پذیری — این علائم دیرتر ظاهر می‌شوند نسبت به محرک‌هایی که سریع‌تر از بدن دفع می‌شوند، زیرا نیمه‌عمر آن‌ها طولانی‌تر است.
خروج زودهنگام	روزهای ۲ تا ۱۰	حالت افسردگی، عدم توانایی در احساس لذت، اختلالات خواب، اضطراب، تغییر در اشتها - اغلب با یک حالت مسطح تر و افسرده تر نسبت به عوارض جانبی ناشی از ترک مواد محرک که بر دوپامین اثر می گذارند.
ثبات.	هفته‌های ۲ تا ۶	بهبود تدریجی در الگوهای خواب و اشتها؛ وضعیت روحی همچنان شکننده است.
PAWS	ماه‌ها ۱ تا ۱۲	حالت روحی ناپایدار، کندی ذهنی و تمایل به مواد، که ناشی از بازسازی مداوم سیستم‌های سروتونین و دوپامین است.

بخش سوم — چه مدت طول می کشد تا دوباره احساس عادی بودن کنیم؟

برای استفاده گاه به گاه یا آزمایشی، اکثر افراد علائم حاد را ظرف یک تا دو هفته بهبود می‌یابند. برای استفاده مداوم یا مکرر، فاز اصلی بهبودی – دوره‌ای که در آن خلق و خو، خواب و شناخت همچنان به طور قابل توجهی "غیر طبیعی" احساس می‌شوند، بین دوره‌های خوب – معمولاً از ۴ تا ۱۲ هفته طول می‌کشد، و احتمال بروز حملات پراکنده علائم ترک ممکن است تا یک سال ادامه داشته باشد. اگر داروهای ضد افسردگی بخشی از درمان باشند، مدت زمان احساس ثبات نیز به این بستگی دارد که چگونه مسئله مصرف آن داروها حل شود (بخش ۶) – و این یکی دیگر از دلایلی است که نباید این تصمیم را بدون مشورت با پزشک گرفت.

شنیده شدن.

اگر یک یا دو ماه از شروع درمان گذشته باشد و هنوز هم با مشکلات مواجه هستید، این بدان معنا نیست که روند بهبودی شما شکست خورده است. ترکیبی که اینقدر قوی بر سروتونین اثر می گذارد و زمان دفع آن طولانی است، کار زیادی را برای سیستم عصبی ایجاد می کند. این نوسانات قابل انتظار هستند و نشان دهنده این نیستند که مشکلی وجود دارد.

بخش ۴ — چیزهایی که احتمالاً تجربه خواهید کرد

* سردرد
* تهوع
* استفراغ
* گرفتگی عضلات
* بی‌قراری
* اضطراب
* حساسیت به نور و صدا
* مشکل در خوابیدن
* افسردگی
* خشم
* سردرد
* تشنج
* کم آبی بدن
* تب
* خشکی دهان
* تعریق
* لرزش
* تپش قلب
* مشکل در تنفس
* سرفه
* گلودرد
* آبریزش بینی
* درد مفاصل
* درد عضلات
* خستگی
* ضعف
* سرگیجه
* گیجی
* تاری دید
* وزوز در گوش

* از دست دادن شنوایی
* بی‌حسی
* گزگز
* سستی
* مشکل در بلعیدن
* درد شکم
* یبوست
* اسهال
* تهوع
* استفراغ
* کمبود اشتها
* کاهش وزن
* تغییرات در خلق و خو
* مشکل در تمرکز
* مشکل در حافظه
* مشکل در تصمیم گیری
* مشکل در حل مسئله
* مشکل در سازماندهی
* مشکل در مدیریت زمان
* مشکل در برقراری ارتباط با دیگران
* مشکل در کار کردن
* مشکل در تحصیل
* مشکل در مراقبت از خود
* مشکل در خوابیدن
* مشکل در خوردن
* مشکل در نوشیدن
* مشکل در حمام کردن
* مشکل در لباس پوشیدن
* مشکل در راه رفتن
* مشکل در نشستن
* مشکل در ایستادن
* مشکل در بلند شدن

* مشکل در خوابیدن
* مشکل در بیدار شدن
* مشکل در صحبت کردن
* مشکل در شنیدن
* مشکل در دیدن
* مشکل در لمس کردن
*

- یک کیفیت افسردگی بیشتر در مراحل اولیه ترک، نسبت به یک فروپاشی صرفاً ناشی از محرک‌های دوپامینرژیک، که با مکانیسم سروتونرجی مطابقت دارد.
- خوابی که بازسازی آن دشوار است، گاهی اوقات همراه با رویاهای واضح یا آشفته، زیرا تنظیم سطح سروتونین به حالت طبیعی برمی‌گردد.
- امواج پایین بودن روحیه یا اضطراب که ممکن است احساس شوند، نامتناسب با هر چیزی که در اطراف شما اتفاق می افتد - یک الگوی مستند شده از علائم ترک (PAWS)، نه نشانه ای از یک بیماری جدید و مستقل.
- اگر شما از مواد دیگری نیز استفاده می کردید (به بخش ۶ مراجعه کنید)، ممکن است تشخیص علائم ترک متهدِرون از علائم ترک یا اثرات برگشتی سایر مواد دشوارتر باشد - این یکی دیگر از دلایلی است که چرا در این مورد، یک ارزیابی پزشکی جامع اهمیت بیشتری دارد تا در راهنمایی مربوط به مصرف یک ماده.

بخش ۵ — ارجاع ژنتیکی

ژن / تغییر ژنتیکی	مرتبط با توقف استفاده.
CYP2D6	افرادی که متابولیسم ضعیفی دارند، متادِرون و متابولیت‌های آن را به کندی دفع می‌کنند، به این معنی که خطر تداخلات مربوط به سروتونین و مهارکننده‌های MAOI ممکن است برای مدت طولانی‌تری پس از آخرین مصرف باقی بماند، بیشتر از آنچه که زمان‌بندی‌های معمول نشان می‌دهند.
SLC6A4 (5-HTTLPR)	شکل شدت علائم ترک سروتونین را تعیین می کند و حساسیت فردی به خطر سندرم سروتونین را در هنگام ترکیب داروها تغییر می‌دهد.
MAOA (uVNTR)	سطح پایه فعالیت مونوآمین اکسیداز بر میزان بار اضافی سروتونرژیک که سیستم MAOI در حال حاضر مدیریت می کند، تأثیر می گذارد - چه از اثر مهارکننده باقیمانده متهدِرون و چه از مواد دیگری که همزمان استفاده می شوند.
COMT (وال۱۵۸مِت)	این بخش، جنبه‌های مربوط به دوپامین در دوران ترک را کنترل می‌کند و شکل معماری پاداش طبیعی مورد نیاز پس از دوره نقاهت را تعیین می‌کند. برای اطلاعات بیشتر، به راهنمای جامع نقاهت، بخش ۶ مراجعه کنید.

⚠ هشدار

اگر از وضعیت CYP2D6 خود آگاه هستید و یک متابولیز کننده ضعیف یا متوسط هستید، این موضوع را به طور واضح با هر پزشک که مدیریت قطع مصرف داروهای شما را بر عهده دارد یا داروهاي شما را بررسی می کند، در میان بگذارید. این موضوع زمان لازم برای بروز خطر تداخلات دارویی را تغییر می‌دهد.

بخش ۶ — چند دارویی: ترکیباتی که بیشترین اهمیت را دارند.

این بخش دلیلی است که چرا این راهنما به عنوان یک سند جداگانه وجود دارد، نه اینکه فقط یک پاراگراف در داخل راهنمای اصلی بازیابی باشد. هر یک از شرایط زیر، الزامات واقعی برای قطع کردن ایمن مصرف را تغییر می‌دهد.

۶.۱ - SSRIها، SNRI ها یا سایر داروهای ضد افسردگی تجویز شده، مانند داروها.

⚠ هشدار

این، شایع‌ترین و مهم‌ترین حالت چندارویی با متهدِرون است. اگر داروهای ضد افسردگی برای شما تجویز شده‌اند و همزمان از متهدِرون استفاده می‌کنید، در مورد هیچ یک از این مواد، تصمیم یک‌جانبه نگیرید. قطع ناگهانی مصرف متهدِرون، یک تغییر است؛ و قطع یا تنظیم ناگهانی داروهای ضد افسردگی، یک تغییر جداگانه با خطرات خاص خود (سندرم ترک) است. انجام هر دو تغییر به طور همزمان، بدون هماهنگی پزشکی، می‌تواند منجر به تعامل سروتونرژیک نامناسب یا سندرم ترک داروهای ضد افسردگی شود که بر روی عوارض ترک متهدِرون نیز اضافه می‌شود.

تصمیم درست، افشاگری است، نه مدیریت شخصی: به پزشک خود اطلاع دهید که از متدرون استفاده کرده‌اید، و این شامل اطلاع دادن به او در مورد اینکه چه مدت زمانی است که از آن استفاده می‌کنید. گفتن این موضوع ممکن است ناراحت کننده باشد، اما این دقیقاً همان اطلاعاتی است که یک پزشک برای مدیریت ایمن داروهای شما در این دوره نیاز دارد - از جمله اینکه آیا هرگونه تنظیم موقت، دوره نظارت یا جدول زمانی خاص قبل از سرگیری یا ادامه مصرف داروهای سروتونرژیک لازم است.

۶.۲ — سایر محرک‌ها یا کاتینون‌ها (در زمینه‌های مصرف مواد و استفاده چندگانه)

متدِرون گاهی اوقات همراه با سایر کاتینون‌ها، متامفتامین یا جی‌اچ‌بی در محیط‌های "چِم‌سِکس" یا مهمانی استفاده می‌شود. هر ماده محرک اضافی یا ماده‌ای که بر سیستم عصبی مرکزی اثر می‌گذارد، خطر قلبی عروقی و روانپزشکی را به طور مستقل از مسائل مربوط به سروتونین افزایش می‌دهد. اگر این الگو با وضعیت شما مطابقت دارد، راهنماهای ترک متامفتامین و جی‌اچ‌بی "کورنل ریکوری" در این مجموعه، خطرات ترک خاص آن مواد را مستقیماً مورد بحث قرار می‌دهند. لطفاً همراه با این راهنما، راهنمای(ها) مربوطه را مطالعه کنید، به جای اینکه فقط بر روی متدِرون به عنوان تنها عامل تمرکز کنید.

۶.۳ — الکل و بنزودیازپین‌ها

استفاده همزمان از الکل یا بنزودیازپین‌ها می‌تواند علائم اولیه ترک یا هشدارهای مربوط به سروتونین را پنهان کند، که تشخیص یک وضعیت اضطراری در حال ظهور را به تأخیر می‌اندازد. اگر هر کدام از این مواد بخشی از الگوی مصرف شما هستند، حتماً این موضوع را به طور واضح به هر پزشک مرتبط اطلاع دهید. وابستگی به بنزودیازپین‌ها خطرات خاصی دارد که باید به طور جداگانه مدیریت شوند و نباید به طور ناگهانی در بحث مربوط به متادون گنجانده شوند. اگر این موضوع برای شما صدق می‌کند، راهنمای "قطع اجباری بنزودیازپین" این مجموعه را مطالعه کنید.

۶.۴ - مهارکننده‌های MAO (تجویز شده یا غیرمجاز)

🚨 وضعیت اضطراری طبی

تجویز شده (مانند فنیلزین، ترانسیل سیپرومین یا (MAOI) ترکیب مادهٔ متدِرون با یک مهارکننده مونوآمین اکسیداز سلِگیلین) یک ترکیب جدی و بالقوه خطرناک برای زندگی است. اگر این مورد به شما مربوط است، این وضعیت شامل این راهنما، طرح کاهش مصرف یا هر نوع مدیریت شخصی نیست. فوراً با پزشک تجویز کننده خود تماس بگیرید و از استفاده از متدِرون اطلاع دهید، یا در صورت وجود علائم سندرم سروتونین از بخش ۰، مراقبت های اورژانسی را دریافت کنید.

بخش ۷ — از طبقه بندی الگوها استفاده کنید.

نحوه قطع مصرف متهدِرون به شدت به این بستگی دارد که چگونه از آن استفاده شده است. هر موقعیتی نیاز به همان سطح مداخله پزشکی ندارد، اگرچه ملاحظات مربوط به مصرف چند دارویی در بخش ۶، صرف نظر از سطح، اعمال می شود.

سطح	الگو	این راهنما چه چیزهایی را توصیه می کند؟
۱ — تجربی	استفاده انفرادی یا محدود، بدون دخالت سایر مواد سروتونرژیک.	در صورت بروز هر گونه علائم نگران کننده، با پزشک مشورت کنید؛ در غیر این صورت، بخش‌های مربوط به بازسازی بیولوژیکی راهنمای بازیابی کافی است.
۲ — گاه به گاه	استفاده تفریحی دوره‌ای، معمولاً مرتبط با مناسبت‌ها یا رویدادهای اجتماعی.	متن منبع را ارائه دهید تا ترجمه شود.
۳ — منظم/در حال افزایش	استفاده به مرور زمان بیشتر یا با اهمیت بیشتری شده است.	توصیه می‌شود که قبل از توقف دارو، با پزشک مشورت شود، به ویژه برای بررسی هرگونه داروی دیگری که ممکن است همزمان مصرف شود.
۴ - وابسته / مصرف کننده چند دارویی	استفاده مکرر، اغلب همراه با سایر محرک‌ها، GHB یا داروهای سروتونرژیک.	نظارت طبی قویاً توصیه می‌شود؛ از قطع کردن همزمان چندین دارو بدون مشورت با پزشک خودداری کنید.

بخش هشتم — پروتکل سم زدایی پزشکی

این بخش برای کمک به شما یا کسی که از شما حمایت می‌کند، جهت دفاع از حق دریافت مراقبت مناسب برای ترک متهدِرون یا کاتینون‌های (FDA) طراحی شده است. هیچ داروی تایید شده توسط سازمان غذا و دارو مصنوعی وجود ندارد، و بر خلاف مواد اپیوئیدی یا الکل، هیچ پروتکل سم زدایی استاندارد خاصی برای این ترکیب وجود ندارد. به همین دلیل، درک کامل پزشک از تمام عوامل دیگر موجود در بدن شما (بخش ۶)، مهم‌ترین عامل در تعیین یک برنامه ایمن و مناسب برای شما است.

⚠ هشدار

این راهنما جزئیات دوزهای کاهشی خاص، زمان‌بندی یا دستورالعمل‌های تجویز برای متدرون یا هر دارویی که برای مدیریت قطع مصرف آن استفاده می‌شود را توضیح نمی‌دهد. این دقیقاً همان تفاوت بین "درک مکانیزم" و "این کار ایمن است که خودتان، بدون نظارت، انجام دهید" است، و جایی است که مردم آسیب می‌بینند. یک پزشک یا متخصص در زمینه اعتیاد، با توجه به لیست دارویی واقعی شما و سابقه مصرف، منبع مناسبی برای این سطح از جزئیات است.

چه چیزهایی را باید به آن ملاقات بیاورید:

- لیست کاملی از همه چیزهایی که مصرف شده است - داروهای تجویز شده، داروهای بدون نسخه و مواد مخدر - به همراه تخمین زمان آخرین استفاده برای هر کدام.
- این بخش پنجم راهنما، ارجاع ژنتیکی است، در صورت داشتن نتایج آزمایش مرتبط.
- هرگونه علامتی از سندرم سروتونین که در طول استفاده مشاهده کردید، حتی اگر خفیف یا کوتاه مدت باشند، داده های ارزشمندی برای ارزیابی خطر هستند.
- هدف من ترجمه متن به زبان دری است.

بخش ۹ — پروتکل بازیابی (پس از دوره حاد).

این بخش پس از رفع هرگونه نگرانی طبی فوری (بخش 0) آغاز می‌شود و، در صورت لزوم، یک پزشک تصویر کامل داروها و مواد مصرفی شما را بررسی می‌کند.

مرحله اول — بنیاد بیولوژیکی

- از سنتز گسترده انتقال‌دهنده‌های عصبی وابسته به متیلاسیون پشتیبانی — (فولات فعال) 5-MTHF می‌کند.
- گلیسینه منیزیم — از خواب و تنظیم عمومی سیستم عصبی پشتیبانی می‌کند؛ خطر تداخل کم دارد.
- برای حمایت عمومی از سیستم عصبی در برابر التهاب، با پروفایل ایمنی شناخته - (EPA/DHA) امگا 3 شده.
- مصرف منظم پروتئین و زمان‌بندی منظم وعده‌های غذایی، از تولید انتقال‌دهنده‌های عصبی و ثبات قند خون پشتیبانی می‌کند، که هر دو برای ثبات خلق‌وخو در مراحل اولیه بهبودی مرتبط هستند.

سطح دوم — حمایت‌های پزشکی و روانپزشکی

هر تصمیمی در مورد دارو، از جمله اینکه آیا باید یک داروی ضد افسردگی را دوباره معرفی کرد یا خیر، یا اینکه آیا دارویی که در حال حاضر استفاده می شود نیاز به بررسی دارد، مربوط به مشورت با پزشک در بخش 8 است، نه مکمل های خودسرانه. این سطح عمداً برای آن گفتگو تعیین شده است و نه اینکه به طور کلی در اینجا ذکر شود، دقیقاً به دلیل ملاحظات تعاملاتی که کل این راهنما بر آنها تاکید کرده است.

سطح سوم — تنظیم سیستم عصبی

- تمرین روزانه تنفس، یک امر غیرقابل چشم پوشی است، به خصوص با توجه به بازه زمانی طولانی که در بخش ۲ ذکر شده است.
- ورزش هوازی منظم، که به تدریج معرفی شود، از هر دو سیستم عصبی دوپامینرژیک و سروتونینرژی حمایت می‌کند.
- حتی زمانی که کیفیت خواب هنوز هم پایین است، زمان بندی منظم خواب و بیداری ضروری است.
- ارتباط و شفافیت – انزوا و پنهان‌کاری در مورد موضوع مصرف چند دارو، عوامل خطر هستند، نه فقط موانع عمومی در مسیر بهبودی.

بخش ۱۰ — تشخیص اضطراری، تکرار شده.

وضعیت اضطراری طبی

فوراً به بخش اورژانس مراجعه کنید در صورت: تحریک یا گیجی، ضربان قلب سریع، فشار خون بالا، مردمک‌های گشاد، تعریق شدید، لرزش عضلات یا سفتی، اسهال و تب - به ویژه اگر این علائم با هم باشند و به خصوص اگر از دارو یا ماده‌ای سرتونرژیک همراه با متهدِرون استفاده شده باشد. این موضوع در طول مصرف و حداقل چند روز پس از آخرین مصرف صدق می‌کند، زیرا متهدِرون زمان دفع طولانی‌تری دارد. برای حالات افسردگی، خستگی و اختلالات خواب بدون هیچ یک از علائم فوق - اینها مطابق جدول زمانی بخش ۲ قابل انتظار هستند، و تماس با پزشک در همان روز مناسب است، اما این به تنهایی یک اورژانس سطح ER نیست.

بخش ۱۱ — نقشه ارجاع متقاطع پروتکل کامل

مشاهده کنید.	اگر این به شما مربوط است.
Recovery Kernel — راهنمای بازیابی از مصرف متادروان.	بیولوژی و ژنتیک عمومی بازیابی از متهدِرون.
Recovery Kernel – پروتوکول توقف مصرف: متامفتامین.	استفاده همزمان از متامفتامین.
Recovery Kernel — پروتوکول توقف مصرف: GHB	استفاده مشترک از مواد GHB/GBL/1,4-BD.
Recovery Kernel – قطع اجباری:	استفاده مشترک از بنزودیازپین‌ها

مشاهده کنید.	اگر این به شما مربوط است.
بنزودیازپین‌ها	
دفترچه راهنمای اصلی — پروتوکل ۰۹، ساختار خواب	بازسازی خواب.
دفترچه راهنمای اصلی — پروتوکل ۰۵	طراحی مجدد محیطی / کاهش دسترسی
دفترچه راهنمای اصلی — پروتوکل ۲۸ (سی-۲۸)	چارچوب انتقال طبیعی اعتیاد.

بخش ۱۲ — خاتمه

پناهگاه

چیزی که قطع مصرف متهدِرون را از بسیاری از موارد دیگر در این مجموعه متمایز می‌کند، این نیست که خود ترک کردن به طور غیرمعمولی شدید است، بلکه اینکه موفقیت آن بستگی به یک گفتگوی صادقانه و کامل درباره همه چیز دیگری دارد که در بدن شما وجود دارد، چه داروهای تجویز شده باشند و چه چیزهای دیگر. این گفتگو می‌تواند احساس سخت‌ترین بخش را ایجاد کند. همچنین، این تنها کاری است که می‌توانید انجام دهید تا از خود محافظت کنید. یک پزشک که تصویر کاملی داشته باشد، می‌تواند به شما در طی کردن این فرآیند با ایمنی کمک کند. پزشکی که تصویری ناقص داشته باشد، نمی‌تواند این کار را انجام دهد، نه به این دلیل که او توانایی لازم را نداشته باشد، بلکه به این دلیل که اطلاعاتی که می‌توانند برنامه را تغییر دهند، صرفاً در دسترس او نیستند. از آنها هنوز.

پایان راهنما — پروتکل قطع مصرف: متهدِرون

منابع کاهش آسیب— این یک مشورهٔ طبی نیست— جایگزینی برای مراقبت‌های اورژانسی نیست.

Crisis Resources: 988 (Suicide & Crisis Lifeline, call or text) | Crisis Text: HOME to 741741 | SAMHSA: 1-800-662-4357